5.
~~N° 8~~

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LUPUS CHEZ L'ENFANT

A PROPOS

D'UN CAS LOCALISÉ A L'AVANT-BRAS GAUCHE

ET TRAITÉ

PAR LES BAINS SULFUREUX ET LA LIQUEUR DE VAN-SWIETEN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Novembre 1904

PAR

Charles HENRY

Né à Forcalquier, le 21 novembre 1877

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
MM. TRUC . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. RAYMOND	MM. ARDIN-DELTEIL
MOITESSIER	VIRES	SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT ED.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président.*	MM. BROUSSE, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.*	GALAVIELLE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA TANTE

Qui a été pour moi une mère.

A MA FEMME

C. HENRY.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DES MALADIES DES ENFANTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A SES ASSESSEURS

MM. LES PROFESSEURS GRANEL, BROUSSE
ET GALAVIELLE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

C. HENRY.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude de notre sujet et au moment de quitter cette ancienne Faculté de Montpellier, où se sont succédé tant de maîtres illustres et où nous-même avons puisé les plus utiles notions de notre art, il nous reste à accomplir un devoir bien agréable : exprimer notre respect reconnaissant à tous nos maîtres qui ont fait notre instruction médicale.

Qu'il nous soit donc permis de remercier nos maîtres de l'école de Marseille, où nous avons commencé nos études et ceux de la Faculté de Montpellier, qui par leur utile enseignement ont su nous inculquer les connaissances qui nous manquaient.

Nous sommes particulièrement heureux d'exprimer nos remerciements à Monsieur le professeur Baumel, qui nous a inspiré l'idée de ce travail et qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions oublier la dette de reconnaissance que nous devons à Monsieur le professeur Granel pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Que Messieurs les professeurs Bronsse et Galavielle reçoivent aussi l'expression de notre vive gratitude.

Monsieur le docteur Bonbila, médecin en chef, et Monsieur le docteur Cossa, ancien médecin adjoint à l'Asile des aliénés de Marseille, ont su nous intéresser aux études difficiles des maladies mentales ; qu'ils veuillent bien recevoir l'hommage de notre profond respect.

Merci encore au docteur Bousquet, chef de clinique des maladies des enfants, pour l'amabilité avec laquelle il nous a prêté son concours.

INTRODUCTION

Pendant les quelques mois que nous avons passés dans le service de M. le professeur Baumel, nous avons eu l'occasion d'observer un cas intéressant de lupus de l'avant-bras chez une fillette d'une dizaine d'années. Nous en avons suivi attentivement l'évolution, et, frappé de son amélioration notable, nous nous proposons d'en faire le sujet de notre thèse.

Le lupus est une maladie bien connue, et étudiée avec des détails si précis, que nous n'aurions pas l'illusion d'apporter à cette intéressante question, des notions nouvelles, si nous n'avions pas à mettre en relief le nouveau traitement préconisé par notre maître. Et cela, nous en sommes certain, enlèvera à notre étude une trop grande monotonie.

Voici quel est le plan que nous suivrons dans ce modeste travail dont nous ne nous dissimulons pas les nombreuses imperfections et pour lequel nous demandons toute l'indulgence de nos juges. Après avoir reproduit la seule, mais intéressante observation de notre jeune malade, nous passerons rapidement sur l'historique du lupus, pour en étudier dans une série de chapitres, l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et les complications. Nous énumérerons ensuite les nombreux trai-

tements, qui sont ou ont été employés, et dont quelques-uns ne sont pas à l'abri de reproches, pour insister sur celui que nous n'avons vu relaté nulle part, et qui nous a donné un si beau résultat, comme on peut en juger par la lecture de notre observation. Nous tirerons enfin les conclusions en quelques phrases concises.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LUPUS CHEZ L'ENFANT

A PROPOS

D'UN CAS LOCALISÉ A L'AVANT-BRAS GAUCHE

ET TRAITÉ

PAR LES BAINS SULFUREUX ET LA LIQUEUR DE VAN-SWIETEN

OBSERVATION

(Service de M. le professeur Baumel, salle Lalande, lit n° 5.)

R. C..., 9 ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler chez les parents au point de vue tuberculose. Deux sœurs et un frère, plus jeunes qu'elle, actuellement en vie et bien portants.

Antécédents personnels. — A dix-huit mois, elle a eu un furoncle, qui est incisé par un docteur, et qui guérit quelques jours après. A deux ans, typhoïde, qui dura environ un mois sans complications. A cinq ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu, mais peu grave. Six mois après, à la suite d'un accident de voiture, elle présente subitement une éruption de petits boutons qui disparaissent assez rapidement dans l'espace de quelques jours : il est à remarquer que le jour de cet accident, elle était restée en contact avec un parent qui portait au cou des glandes non suppurées. A six ans, elle entre dans une pen-

sion, où elle est sous la direction d'une institutrice qui lui témoignait beaucoup d'affection, mais qui présentait des phénomènes morbides ; cette dernière est morte il y a quelques mois, à Paris, de tuberculose pulmonaire. Notre fillette reste à peu près un an à cette pension et l'on s'aperçoit, aux vacances suivantes, qu'elle a sur l'avant-bras gauche une petite ulcération croûteuse qu'elle excorie continuellement et qui ne présente aucune tendance à la cicatrisation, mais on n'y attache aucune importance. Cette petite ulcération s'accroît progressivement mais lentement, et arrive à présenter la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 centimes. Diverses pommades sont essayées sans efficacité. Enfin, dans l'espace d'une année, tout l'avant-bras gauche est envahi, et les parents amènent notre petite malade à la clinique, où elle entre le 6 avril 1904.

6 avril.—L'état général paraît bon. Pas de signes de lymphatisme ni de scrofule. Pas d'éruptions au cuir chevelu, pas de glandes cervicales. Rien du côté de l'appareil respiratoire, tant à l'auscultation qu'à la percussion. Cœur normal. Le ventre est souple, pas ballonné, ni diarrhée, ni constipation. L'analyse des urines ne donne ni sucre ni albumine.

La lésion lupique a l'aspect d'une plaque légèrement surélevée, de coloration rouge brunâtre, présentant par endroits des teintes jaunâtres. En quelques points, on observe des érosions dues au grattage et d'où s'écoule un liquide séro-sanguinolent. Par places, on trouve des croûtes de faible dimension, se soulevant et laissant voir de petites collections purulentes. La plaque occupe à peu près toute l'étendue de l'avant-bras gauche qu'elle entoure comme d'un manchon, en atteignant le poignet et le coude : elle paraît indolore et ne semble nullement incommoder la malade, cependant une pression prolongée et profonde est douloureuse.

On établit un traitement général.

Suralimentation, toniques, arseniate de soude à la dose de

0,003 milligr. par jour. On prescrit un bain sulfureux tous les deux jours et des pansements humides avec la liqueur de Van-Swieten tous les matins.

20 avril. — La plaque est un peu détergée. Le liquide séro-sanguinolent qui existait les premiers jours, a disparu ; les bourrelets sont moins saillants et la couleur est d'un rouge moins foncé. La lésion ne semble pas avoir beaucoup diminué d'étendue, mais on voit entre le tissu sain et le tissu malade une démarcation bien plus nette. L'arseniate de soude est supprimé et remplacé par du sirop de Raifort iodé, à la dose de 30 grammes par jour.

8 mai. — Sous l'influence des bains sulfureux et des pansements humides, qui depuis environ un mois sont employés sans interruption, la lésion prend un meilleur aspect, elle est moins surélevée et devient plus pâle. La face interne de l'avant-bras commence à se cicatriser.

20 mai. — Le coude et le poignet se cicatrisent ; le placard prend une forme ovoïde, dont les bords arrivent à peine à se rejoindre sur une longueur de deux centimètres seulement au niveau de la face interne de l'avant-bras et au tiers supérieur.

3 juin. — La plaie diminue très visiblement et n'a plus qu'une longueur de 14 centimètres de long sur 7 de large. L'état général est bon et l'on prescrit du carbonate de gaïacol à la dose de 0,20 centigr. en 2 cachets par jour.

30 juin. — Le bord cubital de l'avant-bras est complètement cicatrisé, sauf sur une étendue de 1 centimètre.

15 juillet. — On supprime les cachets de carbonate de gaïacol que l'on remplace par de l'arseniate de soude. L'état général est bon et la plaque lupique se resserre de plus en plus.

19 août. — Une poussée fébrile apparaît, notre malade a de la céphalée et garde le lit. La température atteint 38°3 à 10 heures du matin. La langue est blanche, chargée, le pouls bat à 104. L'auscultation et la percussion ne décèlent rien aux

poumons. Le cœur est normal. Le ventre est un peu ballonné et douloureux dans la fosse iliaque droite. Il y a de la constipation. Le séro-diagnostic de Vidal est négatif. On supprime les bains sulfureux. Régime lacté et purgatif huileux.

22 août. — La température atteint 38°7 à 9 heures du matin Le ventre est moins ballonné. La douleur dans la fosse iliaque droite est moins vive et la langue est moins chargée. Rien aux poumons. L'examen de l'appareil dentaire nous donne la cause probable de ces troubles ; nous constatons, en effet, que la deuxième molaire inférieure gauche est en voie d'éruption ; d'où gastro-entérite due à une mauvaise mastication. Le régime lacté est maintenu.

31 août. — La température est descendue rapidement à la normale. Comme alimentation, potage et œufs. Le soir, la température n'est que de 36°9.

2 septembre. — La température est normale. Notre malade se lève. Les bains sulfureux qui avaient été supprimés depuis une quinzaine de jours, sont repris. Les pansements humides ont été continués. Le placard lupique se resserre de plus en plus et n'occupe plus qu'une surface de 12 centimètres environ de long. Le traitement général par l'arseniate est continué.

10 septembre. — Petite poussée eczémateuse sur la face. Traitement avec lavage à l'eau boriquée et pommade au :

Salol	1.00
Oxyde de zinc.....	1.50
Vaseline	30.00

Continuation du traitement du lupus :

30 septembre. — L'éruption eczémateuse disparaît ; il ne reste que quelques croûtelles qui sèchent et tombent. La lésion lupique diminue en étendue et l'on voit quelques points cicatrisés au centre de la plaque.

25 octobre. — Toute la face interne de l'avant-bras est cica-

trisée. Sur la face externe, la lésion est à peu près circulaire et présente une étendue de 11 centimètres.

Etat actuel. — L'état général est bon. Sur la face on ne trouve plus aucune trace d'eczéma. Les poumons ne présentent rien d'anormal, pas plus que le cœur. Pas de ganglions.

La plaque lupique est à peu près circulaire et présente des dimensions de 10 centimètres de long sur 6 de large. Les bords sont surélevés et se délimitent très bien des parties saines. La surface offre de nombreux points d'un rouge foncé se détachant sur un fond jaune clair. Des squames de dimensions variables, minces et brillantes, adhérentes par un de leur bord, se voient sur toute cette surface. La lésion offre une apparence sèche, tendant à se cicatriser.

HISTORIQUE

Le lupus était considéré comme une affection à tendances destructives, ayant pour caractères de ronger et de dévorer les tissus. De là sa dénomination imagée, donnée par les anciens auteurs, et conservée de nos jours.

William, Bateman et Plumbe, diminuant l'étendue de la signification, ne s'en servirent que pour distinguer certaines formes de la scrofulide cutanée profonde.

Pour Cazenave le lupus était une maladie à part, tenant à la fois de l'érythème et de la tuberculose. Bazin en faisait une scrofulide maligne.

Tous ces auteurs, qui au lieu de se baser sur la nature de la lésion ne regardaient que les symptômes extérieurs, donnaient au lupus des caractères différents ; les uns en faisaient une affection purement tuberculeuse, les autres une simple affection érythémateuse, les troisièmes admettaient que l'affection était à la fois érythémateuse et tuberculeuse.

Il faut arriver à Neuman et à Auspitz (1864), pour trouver les premiers travaux sur l'anatomie pathologique du lupus. Après eux, de nombreux auteurs s'occupent de cette question: Wirchow, Kaposi, en Allemagne ; Malassez, Grancher, Renault, Leloir, en France.

Cornil et Ranvier reconnaissent des cellules géantes carac-

téristiques, et Pfeiffer, Droutemont, et Demme rencontrent dans les placards lupiques le bacille de Koch.

Leloir conclut, dans le bulletin médical de 1891, que le lupus est une tuberculose tégumentaire, mais peu riche en agents pathogènes.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Le lupus est la tuberculose cutanée la plus fréquente chez l'enfant. Il apparaît rarement avant l'âge de deux ans, et c'est surtout de deux à quinze ans, qu'il est le plus fréquent. Il y a cependant des exceptions à cette règle, et on l'a vu assez souvent survenir dès le plus jeune âge, quelquefois avant un an. Une fois formé, il peut, surtout s'il n'est pas traité, durer jusqu'à la vieillesse.

Il semble y avoir une influence de sexe et de race ; on a, en effet, remarqué qu'il était deux fois plus fréquent chez les filles que chez les garçons, et que, tandis qu'on ne trouve que quelques rares cas, en Angleterre et en Amérique, il est par contre très commun en France et en Allemagne.

L'évolution du lupus est très lente et très souvent les sujets qui en sont porteurs ne présentent aucune autre manifestation tuberculeuse. Mais dans la majorité des cas, ce sont des enfants à tempérament lymphatique qui en sont atteints, le lymphatisme présentant un terrain favorable à l'éclosion de la tuberculose. Ces derniers présentent ce qu'on peut appeler le facies lymphatique; ils ont les traits bouffis, leur peau est flasque et molle, et souvent on trouve chez eux des antécédents héréditaires tuberculeux. Ce sont donc des candidats à la tuberculose, et de là rien d'étonnant à ce qu'on puisse trouver le bacille de Koch dans les placards lupiques ; c'est d'ailleurs ce que l'expérience a démontré ; des fragments lupi-

ques inoculés dans le péritoine des cobayes, ont fait naître chez ces animaux une tuberculose généralisée.

Le plus souvent, ces enfants ont des antécédents tuberculeux personnels, soit antérieurs, soit concomitants; ce sont des adénites, des tumeurs blanches, de la tuberculose pulmonaire.

Au point de vue étiologique il y a donc une distinction à faire entre les sujets n'ayant comme lésion que leur placard lupique, et ceux présentant, en plus, d'autres manifestations tuberculeuses. Dans le premier cas, c'est une inoculation exogène, dans le second une inoculation endogène.

Quel en est le mécanisme ? Dans l'inoculation exogène, le virus tuberculeux venu de l'extérieur, est introduit par effraction à travers l'épiderme, soit par le contact direct avec des malades présentant des suppurations tuberculeuses, soit par le voisinage plus ou moins proche, avec des sujets atteints de tuberculose pulmonaire, et pouvant par leurs crachats, par exemple, être une source de contamination. On a cité un cas de lupus survenu à la suite d'un tatouage dont la couleur était délayée avec des crachats d'un phtisique. Le bacille de Koch étant très résistant et vivant très longtemps, surtout dans les crachats desséchés, un lupus peut survenir chez un sujet sain qui n'est resté que quelques minutes dans le voisinage d'un tuberculeux.

Dans l'inoculation endogène, le sujet est atteint soit d'une gomme, soit d'une adénite, soit d'une ostéite, soit enfin d'une lésion tuberculeuse profonde quelconque, qui, s'ouvrant à l'extérieur, forme une fistule pouvant passer souvent inaperçue, et qui peut être la porte d'entrée au développement d'un lupus. Parfois même, le lupus peut, en se propageant de proche en proche, et en se cicatrisant à son point initial, paraître se développer loin de l'adénite ou de toute autre lésion qui lui a donné naissance.

Il existe un autre lupus, que l'on appelle le lupus miliaire dont l'inoculation semble se faire par la voie sanguine ; c'est alors une éruption qui survient en très peu de temps, et qui se généralise sur à peu près tout le tégument sans former de placards très étendus.

Certains auteurs signalent encore un lupus qui atteint surtout la face et qui serait d'origine nasale, consécutif à des lésions des fosses nasales, et surtout à ce qu'on appelait autrefois le coryza tuberculeux, lequel peut guérir sans laisser de traces appréciables.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le placard lupique est formé par des granulations comprenant des cellules lymphoïdes, qui sont logées dans les mailles d'un fin réticulum où sont disséminées des cellules géantes.

La lésion élémentaire est un nodule du volume d'un grain de chènevis ou d'une tête d'épingle, de couleur rouge brunâtre, de consistance molle et d'une grande friabilité, en tous points semblable au nodule tuberculeux. On y reconnaît le follicule tuberculeux type, avec, au centre la cellule géante à plusieurs noyaux, entourée de cellules allongées et volumineuses (cellules épithélioïdes), et plus en dehors plusieurs rangées de petits cellules rondes et tassées les unes contre les autres (cellules embryonnaires). M. Leloir le définit ainsi : « La lésion élémentaire du lupus est, au point de vue dermatologique, un tubercule de volume et de disposition variables, de couleur rouge brunâtre, rappelant plus ou moins le sucre d'orge, d'une consistance molle, évoluant en général d'une façon lente, chronique, détruisant les tissus, soit par résorption interstitielle (lupus non exedens), soit par ulcération (lupus exedens), soit par sclérose (lupus sclérosé). »

Ces nodules sont enchâssés dans le derme et recouverts par l'épiderme, à travers lequel on peut les voir par transparence.

si on a la précaution de tendre la peau entre deux doigts. A la palpation, ils sont beaucoup plus appréciables, et à cause de leur consistance molle, le doigt qui les presse éprouve une sensation semblable à celle que donnent des fongosités.

Le plus souvent, l'épiderme et le derme sont seuls envahis par le placard lupique, mais parfois le tissu cellulaire sous-cutané est aussi atteint. Le tissu normal disparaît en entier et il ne reste guère que quelques travées fibreuses, reste du derme, qui divisent le tissu lupique en lobes. Les cellules épithéliales sont dissociées et, à leur place, on trouve un tissu morbide détruisant par suite les fibres élastiques et le tissu conjonctif.

Tantôt les papilles, de même que la couche granuleuse, disparaissent, la couche cornée a conservé ses noyaux et desquame en lamelles, l'épiderme est planiforme, c'est là le type du lupus plan ; d'autres fois, c'est au contraire l'épiderme qui s'épaissit, la couche granuleuse et la couche cornée augmentent de volume, l'épiderme envoie des prolongements qui s'enfoncent dans le derme, pendant que les papilles se multiplient et s'allongent : c'est là le type du lupus verruqueux.

Quelles que soient la forme et la disposition du nodule, après une durée variable de quelques semaines, ou de quelques mois, souvent plus longue, la régression commence, et se manifeste d'abord par la disparition de la vascularisation au centre de la nodosité, ainsi que celle des éléments figurés. Le nodule s'exfolie, s'ulcère et laisse une atrophie cicatricielle de la peau et de la muqueuse; ce tissu cicatriciel conservant souvent, dans son réseau inodulaire, des fragments du foyer lupique primitif, germes préparés des repullulations incessantes de l'avenir. » (Besnier.)

La cicatrice ne disparaît que très lentement : elle est formée de tissu fibreux sans fibres élastiques, et dépourvue de papil-

les, mais elle présente souvent de nombreux amas de cellules et quelques follicules tuberculeux pouvant être le départ de récidives. La caséification est rare, mais on trouve souvent de la nécrose et des ulcérations dues à une infection secondaire.

ETUDE CLINIQUE

Le lupus est constitué par des nodules lupiques du volume de la tête d'une épingle, de coloration rouge brunâtre, de consistance molle et friable, et absolument indolents, qui, par leur réunion, forment des placards de grandeur, de forme et d'aspect très variables, rendant difficile une description complète d'ensemble. Ces nodules, le plus souvent intra-dermiques, mais pouvant être quelquefois superficiels, donnent lieu à une quantité de formes objectives, et symptomatiques, que nous pouvons cependant ranger sous trois types, à savoir :

a) Le lupus plan, dans lequel on peut classer le lupus miliaire aigu.

b) Le lupus élevé.

c) Le lupus éléphantiasique.

Dans chacun de ces types, le nodule lupique pourra avoir des tendances différentes, tantôt ulcéreuses, tantôt non ulcéreuses, d'où une subdivision en : *a*) lupus ulcéré ou exedens ; *b*) lupus non ulcéré, ou non exedens. Nous allons passer en revue chacune de ces formes.

Lupus plan. — Le lupus plan évolue très lentement : ses nodules sont à peine visibles et sensibles, mais l'infiltration plus ou moins profonde est très manifeste, c'est « la scrofulo-

tuberculose de la peau, à sa plus faible puissance ». (Besnier.) On peut distinguer quelquefois, par transparence, les foyers bruns rougeâtres ; souvent il se produit une desquamation de l'épiderme, qui lui enlève sa transparence et qui peut causer une erreur de diagnostic. Le placard lupique ayant une tendance à se cicatriser, c'est au centre que l'on trouvera cette atrophie cicatricielle déprimée, tandis qu'autour apparaîtra une zone rougeâtre et plus au-dehors un semis de tubercules qui augmentent, en envahissant les parties périphériques, l'étendue de la plaque. Il peut y avoir agrandissement de la lésion, soit par la confluence de plaques plus petites, soit aussi par l'apparition de nouveaux tubercules sur une plaque ancienne.

Quant au lupus miliaire aigu, qui fait partie du lupus plan, il est constitué par une éruption de petits modules isolés, gros comme une tête d'épingle, et disséminés sans aucun ordre sur la totalité des téguments. Cette éruption se fait avec une grande rapidité, puis reste dans la suite très longtemps stationnaire : quelques nodules peuvent guérir, d'autres grandissent et peuvent même devenir envahissants. Ce lupus survient surtout pendant la convalescence des fièvres éruptives et se généralise par la voie sanguine, ce qui n'a rien d'étonnant, car l'on sait combien est fréquente la tuberculose viscérale, après ces affections.

Lupus élevé. — Les saillies, qui, dans la forme précédente, étaient à peine perceptibles, sont dans le lupus élevé d'un volume assez considérable pouvant atteindre la grosseur d'un pois. Ces saillies sont d'habitude séparées les unes des autres par des sillons : elles ne se fondent jamais ensemble, et à la palpation on peut très bien sentir les nodules lupeux. Certains de ces lupus peuvent prendre la forme verruqueuse constituée par des placards épais, durs et proéminents, à

surface rugueuse, avec masses cornées, masquant la couleur rouge de la lésion. D'autres, prenant l'aspect végétant, atteignent le volume d'une noix et présentent des croûtes épaisses, mamelonnées. Enfin, le lupus élevé peut simuler un myxome, c'est alors une masse volumineuse à surface lisse de couleur rouge violacé et d'une mollesse extrême.

Tous ces lupus élevés ont une infiltration profonde dans le derme; ils peuvent parfois former des œdèmes lymphatiques, ce qui donne souvent à la lésion des aspects fort différents suivant les cas.

Lupus éléphantiasique. — Les lésions de la peau dues à l'infiltration bacillaire sont telles dans ce cas, que les membres inférieurs, la face, etc., à la suite de dermatite, de lymphangite, d'érysipèle, présentent le tableau clinique de l'éléphantiasis des Arabes, c'est-à-dire un épaississement considérable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Lupus ulcéré. — Le lupus ulcéré ou exedens présente des pustules isolées qui sont profondément creusées dans une base infiltrée avec une induration assez profonde ; d'autres fois, ce sont des plaques de grandeur variable, à formes irrégulières, et à croûtes épaisses, jaunes, peu adhérentes, sous lesquelles on trouve une perte de substance pleine de pus, avec un fond rouge mamelonné, dont on peut sentir l'induration en plissant la peau entre les doigts. Pour Cornil et Ranvier, le lupus ulcéré résulte d'une inflammation plus intense des couches superficielles des papilles et du derme. « Ces parties sont infiltrées d'une quantité considérable de cellules migratrices, qui, à leur passage à travers les couches épidermiques, déterminent un ramollissement, une destruction des filaments qui unissent les cellules du corps muqueux, empêchent la formation de l'éleidine dans le stratum granulosum

et par suite la kératinisation des cellules. Tout l'épiderme tombe à un moment donné, les papilles suppurent et se détruisent, ainsi que le follicule lupeux. »

Quant à la cause de cette ulcération, elle est peu connue, peut-être est-elle due à une infection secondaire par des microbes pyogènes ; peut-être est-ce le bacille de Koch, « qui, ne pouvant donner du pus, fournirait, par contre, des sécrétions qui engendreraient alors la suppuration ».

Lupus non ulcéré. — Le lupus non ulcéré, ou non exedens, se présente comme une surface jaunissant à la pression et absente de pustules, avec des contours nets, mais de forme assez irrégulière.

Le lupus est le plus souvent indolent et ne cause point de douleur au sujet qui en est atteint ; cependant, s'il n'y a pas de douleur spontanée, il y a toujours une douleur plus ou moins vive à la pression, surtout là où se trouvent des tubercules. Quelquefois il est le siège d'un prurit plus ou moins intense.

DIAGNOSTIC

Le lupus est d'un diagnostic assez facile par son évolution lente et indolente, par sa plaque tantôt non saillante, et à contours circinés, tantôt au contraire formant une véritable saillie cutanée.

L'affection avec laquelle on confond le plus communément le lupus, est la syphilis, mais ce n'est guère là une lésion de l'enfance. En tout cas, le lupus évolue beaucoup plus lentement, il s'ulcère moins facilement, et « quand il le fait, le centre cicatriciel présente des tubercules disséminés dans le tractus fibreux, ce qui ne se voit jamais dans la syphilis ». Dans les formes ulcéreuses, le diagnostic est beaucoup plus difficile à faire, et ce n'est souvent qu'un traitement antisyphilitique qui met sur la voie. Cependant, les ulcérations lupiques sont moins considérables, moins profondes, plus déchiquetées et plus anfractueuses.

Quant à la lèpre et à l'épithélioma, qui ne sont pas des affections de l'enfance, nous n'avons pas à nous en occuper.

Les nævi ont pu être quelquefois pris pour un lupus verruqueux, mais on ne trouve pas dans ces nævi des points cicatrisés et une infiltration sous-jacente. Quant à l'eczéma, il ne présente pas de nodules, la peau est plus épaissie et plus indurée.

C'est peut-être avec l'impetigo, qui est une lésion fréquente

de l'enfance, que l'on a peut-être à faire le plus souvent, un diagnostic différentiel, mais on ne trouve pas, comme dans le lupus, une infiltration véritable ; l'érosion est très superficielle ; si l'on soulève les croûtes, on ne trouve jamais d'ulcères ni de cicatrices. De plus, l'impetigo disparaîtra rapidement si l'on applique un traitement approprié.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Le lupus a une évolution lente, mais progressive, et abandonné à lui-même, il a souvent une tendance à l'atrophie cicatricielle ; l'on voit alors, au centre des plaques anciennes, se produire une dépression scléreuse tantôt blanche, lisse, mince, souple, tantôt au contraire, saillante, épaisse, dure, irrégulière. D'autres fois, il progresse et s'aggrave par la formation de nouveaux placards qui peuvent envahir tout un membre, et constituer le lupus éléphantiasique. Il arrive parfois qu'il y a aggravation d'un côté et cicatrisation de l'autre. Enfin, un placard lupique peut rester longtemps non ulcéré, et devenir ulcéré par infection secondaire.

Les saisons semblent avoir une influence sur la marche du lupus ; on a en effet remarqué qu'il diminuait en été, surtout en août et septembre, pour s'aggraver en hiver et au printemps.

Le pronostic, s'il n'y a pas de complications, n'est donc pas très grave ; cependant la guérison est rare, surtout si le traitement n'a pas été énergique, et il y a très souvent récidive. De plus, il y a presque toujours des cicatrices vicieuses.

Quant aux complications, elles sont assez nombreuses. L'une des plus fréquentes et peut-être des plus graves est l'éléphantiasis, qui atteint tout un membre en produisant une tuméfaction énorme, diffuse, étendue, épaisse, se faisant

souvent par poussées avec fièvre, douleur et rougeur, mais cessant au bout de quelques jours, en ne laissant persister que du gonflement, qui finit par disparaître, mais très lentement. Cet éléphantiasis complique souvent un lupus ulcéré par l'infection secondaire, se traduisant par une lymphangite chronique à poussées aiguës.

Les adénites peuvent aussi être une complication possible du lupus, et s'enflammer, et suppurer ; elles sont dues à la pénétration du bacille de Koch dans les voies lymphatiques. Il peut enfin y avoir propagation du côté des poumons et de l'intestin.

TRAITEMENT

Le lupus peut guérir spontanément par substitution d'un tissu de cicatrices au tissu morbide. Le traitement devra donc consister à tâcher de provoquer un travail inflammatoire qui facilite cette transformation en tissu fibreux. Mais le lupus, quoique tuberculose locale, se développe le plus souvent chez des sujets prédisposés ; il faut donc traiter à la fois l'état général et l'état local. Le lupus ayant souvent une origine ganglionnaire, osseuse ou muqueuse, il sera nécessaire de faire parfois de la prophylaxie, pour éviter les auto-inoculations ; pour la tuberculose ganglionnaire, on fera le traitement général de la scrofulo-tuberculose : pour les adénites suppurées, ou la tuberculose osseuse, on interviendra chirurgicalement. Le coryza chronique étant parfois tuberculeux, il faudra s'en méfier.

Traitement général. — Il consiste à modifier le terrain tuberculeux. Ce sera donc le traitement de la tuberculose, vie au grand air, alimentation tonique, amers pour relever l'appétit, bains de mer.

Pendant l'hiver, on donnera l'huile de foie de morue ; pendant l'été, les sulfureux : l'arsenic, sous forme d'arséniate, de cacodylate, de méthylarséniate, de liqueur de Fowler :

les ferrugineux, l'iode, les phosphates (iodure de fer, sirop iodo-tannique, glycérophosphate, lécithines).

Une cure marine sera utile. On enverra les malades, soit aux eaux chlorurées sodiques (Balaruc), soit aux eaux arsenicales (Bourbonne), soit aux eaux chlorurées sulfurées (Uriage).

Fournier, en France, et Asselsberg en Belgique, ont préconisé le traitement mercuriel et surtout les injections de calomel, de 0,05 à 0,10 centigrammes d'abord tous les huit jours, puis en mettant un intervalle plus long entre les injections. On fait de 15 à 20 injections.

M. le professeur Brousse (*Montpellier-Médical*) dit : « L'essai de cette méthode dans le service nous a donné, chez quelques lupiques, des résultats appréciables : le processus ulcéreux est rapidement arrêté, les nodules eux-mêmes s'affaissent et subissent un commencement de transformation scléreuse ; mais il est exceptionnel d'obtenir leur guérison définitive, qui doit être demandée à un traitement local approprié. »

Traitement local. — Il est de beaucoup le plus important ; il peut être « palliatif ou curatif ».

Traitement palliatif. — Il consiste à « faciliter l'épidermisation » par des pansements humides antiseptiques, et des lavages avec des solutions de sublimé, à 0,50 centigrammes, ou 1 gramme pour 1.000. Dans les formes ulcéreuses, ce traitement sera très utile, car il préviendra et combattra les infections secondaires.

On pourra aussi employer « les topiques réducteurs, pommades à l'ichtyol seul ou associé à l'acide salicylique ou pommades à la créosote ».

La formule donnée par Dubreuilh paraît particulièrement recommandable :

Acide salicylique	0 gr. 50
Ichtyol	1 gr.
Axonge benzoïnée ou glycérolé neutre d'amidon	30 gr.

Traitement curatif. — On peut obtenir la guérison locale du lupus par deux procédés bien différents, « soit en pratiquant son excision ou sa destruction, soit en poursuivant sa transformation en tissu scléreux cicatriciel. De là résulte que les très nombreuses méthodes mises en usage pour la cure locale du lupus, peuvent se grouper sous deux chefs : méthode destructive et méthode transformatrice ou sclérogène ».

La méthode destructive comprend : l'excision, le séchage, les scarifications quadrillées, la cautérisation ignée, la cautérisation par air chaud, et les caustiques chimiques. La méthode sclérogène comprend les antiseptiques et les agents physiques (rayons X, courants de haute fréquence, radium, photothérapie. Nous avons dans cette liste éliminé tous les procédés que le temps et l'expérience ont fait rejeter, et nous ne nous occupons que de ceux qui semblent dignes d'être recommandés et que nous allons successivement passer en revue.

Méthode destructive

Ablation. — Excision. — C'est la cure médicale qui semble de prime abord des plus rationnelles, et qui a quelquefois donné des résultats satisfaisants, mais elle est souvent rendue impossible par le siège et l'étendue des placards. De plus,

la nature tuberculeuse de l'affection nous rend encore plus réservé sur ce traitement, qui expose aux auto-inoculations. On a essayé l'autoplastie, les greffes cutanées, pour parer à ces inconvénients, mais cette méthode n'a de bons résultats que lorsqu'on peut attaquer le mal à son début, lorsque le placard est bien limité, et de petites dimensions.

Râclage. — Le râclage, par la simplicité de son manuel opératoire, est à la portée de tout praticien; en effet, il consiste à enlever, avec une curette tranchante, celle de Volkmann, par exemple, le placard lupique. Mais après le râclage, tout n'est pas fini; il faut surveiller attentivement les parties qui bourgeonnent ; de plus, on arrive difficilement à atteindre et à détruire tout le tissu pathologique qui est profondément situé dans les anfractuosités du derme; aussi est-il nécessaire de compléter les séances par des cautérisations énergiques avec le chlorure de zinc, ou le thermocautère. C'est là un procédé assez rapide, mais qui à l'inconvénient d'être douloureux et d'exiger une anesthésie sinon générale, tout au moins locale. De plus, il expose aux auto-inoculations, et laisse le plus souvent des cicatrices difformes.

Scarifications quadrillées. — Par ce moyen, on entrave rapidement l'extension du lupus. C'est la méthode de Vidal, qui consiste à faire, avec la lame triangulaire, des scarifications rapprochées, mais assez profondes, pour pénétrer entièrement dans le nodule.

On obtient par ce procédé de belles cicatrices ne présentant ni saillies, ni dépressions, mais on n'arrive à la guérison que très lentement, et il faut des séances fréquentes et parfois assez douloureuses, déterminant chaque fois une hemorragie, que l'on pourra cependant arrêter assez facilement par

la compression. De plus, il peut y avoir, comme dans les procédés précédents, auto-inoculation.

Cautérisations ignées. — Les cautérisations ignées, que l'on pratique avec le thermocautère ou le galvanocautère consistent à faire une série de pointes de feu très rapprochées sur la partie malade. Le traitement est assez rapide, mais douloureux, aussi est-il nécessaire de faire l'anesthésie. Les cicatrices ne sont pas aussi lisses que celles obtenues par les scarifications, et ce n'est que dans les lupus de petites dimensions que l'on obtient un assez bon résultat.

Caustiques chimiques. — Ils sont très nombreux. « Les uns, comme la potasse caustique, la pâte de canquoin, la pâte de Vienne, ont une action destructive générale s'exerçant indifféremment sur les parties saines et malades : ils ne paraissent guère recommandables. Les autres ont une action élective, et s'attaquent d'une façon spéciale aux tissus malades. Parmi ces derniers, nous signalerons l'arsenic, l'acide lactique, l'acide pyrogallique.

» On pourrait rapprocher des caustiques l'action des cautérisations par les courants d'air chaud, préconisés par Hollænder. Cette méthode, peu employée en France, consiste à projeter sur le tissu malade un courant d'air, chauffé à 300 degrés environ, qui provoque une escarre assez profonde. » (Brousse.) Tous ces caustiques sont assez douloureux, les cicatrices ne sont jamais belles et les résultats ne sont pas très satisfaisants.

Méthode sclérogène

Antiseptiques. — Ils activent de même que les agents physiques « la tendance naturelle du lupus à la transformation sclérogène ». Les plus employés sont : le sublimé, l'acide salicylique, le permanganate de potasse.

« Tous ces agents antiseptiques, bien que pouvant constituer des curateurs directs du lupus, ont surtout un rôle des plus utiles comme adjuvants du traitement chirurgical. »

Tous ces antiseptiques donnent des cicatrices assez satisfaisantes, mais ils exigent un emploi prolongé.

Agents physiques. — « Le traitement par les agents physiques est de date toute récente et répond aux grands progrès réalisés en électricité médicale : il comprend l'utilisation des rayons X, des courants de haute fréquence, de la photothérapie. »

Les rayons X ont donné de bons résultats entre les mains de Schiff et de Freund (de Vienne).

Les courants de haute fréquence s'emploient surtout pour le traitement du lupus érythémateux.

La photothérapie « a été introduite en thérapeutique dès 1895 par Finsen, de Copenhague. Cette méthode a pour principe l'action sur la peau humaine de la lumière, ou plutôt de ses rayons chimiques ; elle a pour but l'utilisation de ceux-ci, préalablement débarrassés des rayons calorifiques. Dans l'appareil de Finsen, les rayons lumineux sont empruntés au soleil lui-même ou mieux à un foyer électrique suffisamment puissant, et concentrés dans un tube condenseur où ils sont refroidis par un courant d'eau froide. Ces rayons sont reçus sur un appareil compresseur, appliqué sur la partie malade et composé de deux lentilles de cristal de roche, entre lesquelles circule un courant d'eau pour achever le refroidissement des rayons. Il est nécessaire de faire une bonne compression des parties malades, la pénétration étant d'autant plus profonde que les parties sont plus exsangues. L'application photothérapique doit être prolongée pendant une heure et répétée tous les jours ou tous les deux jours jusqu'à l'obtention de la guérison. Les résultats donnés par ce traitement sont des plus re-

marquables : au bout de douze ou vingt-quatre heures, il se produit une réaction caractérisée par de la congestion avec suintement qui se concrète en croûtelles ; ces accidents réactionnels disparaissent assez vite; leur disparition sera hâtée par des applications humides ou des pansements à la pâte ou à la pommade de zinc... Au bout d'un temps variable (de 3 à 6 mois, en moyenne), on obtient une cicatrice parfaite. » (Brousse.)

L'inconvénient de cette méthode, c'est l'installation dispendieuse .

Le radium a été encore peu employé, et on ne peut guère juger de sa valeur.

Toutes ces nombreuses méthodes ont une haute valeur thérapeutique et tiennent une place importante parmi les différents moyens qui nous servent à lutter contre le lupus, mais elles ont aussi de nombreux inconvénients. La méthode destructive, qui comprend les différents procédés chirurgicaux, est souvent très douloureuse et nécessite de ce fait presque toujours une anesthésie sinon générale, tout au moins locale. De plus, elle expose à des récidives fréquentes, et les cicatrices, sauf peut-être dans la scarification, sont souvent difformes et vicieuses. Parfois même, cette méthode sanglante est un facteur de la généralisation tuberculeuse. Besnier (*Annales de Dermatologie*) ajoute que: « indépendamment des réinoculations locales, les scarifications favorisent ou produisent l'auto-infection des opérés, augmentent le nombre des lupeux, qui deviennent phtisiques, ou favorisent et activent cette infection. En voilà plus qu'il n'en faut pour condamner les scarifications appliquées au traitement du lupus, de la même manière et au même titre que toutes les autres méthodes sanglantes. »

La méthode sclérogène, par les antiseptiques, donne de belles cicatrices, mais le traitement doit être continué très

longtemps. Quant aux agents physiques, il n'y a guère que la photothérapie, qui a fait ses preuves; le résultat en est bon, les cicatrices sont parfaites, mais « elle est loin d'être à la portée de la généralité des praticiens, car elle nécessite une installation onéreuse ».

Comme on peut le voir par la rapide description que nous venons de faire des nombreux traitements employés contre le lupus, on ne trouve pas une méthode qui ne soit à l'abri de quelques objections; en effet, les unes sont douloureuses, les autres n'agissent qu'avec une lenteur désespérante, les troisièmes laissent des cicatrices vicieuses. C'est pourquoi nous sommes très heureux de pouvoir, ce qui d'ailleurs donne à notre travail un certain degré d'originalité, exposer la nouvelle méthode préconisée par notre maître M. le professeur Baumel, et employée pour la première fois sur notre jeune malade. Elle ne présente aucun des inconvénients précédents et elle consiste à traiter le lupus par la cure hydrominérale par les bains sulfureux, avec application de pansements humides et antiseptiques sur la lésion, et cela dans le double but de prévenir les infections secondaires qui sont si fréquentes, et de faciliter l'épidermisation, en activant la tendance naturelle qu'a cette maladie à la transformation scléreuse.

Voici quelle en est la technique : tous les deux jours, l'on donne un bain sulfureux, et tous les jours l'on renouvelle les pansements humides, avec la liqueur de Van-Swieten. Bien entendu, le traitement général, alimentation tonique, arséniate, etc., est employé.

Le résultat de cette méthode a été des plus satisfaisants. En effet, le placard lupique de notre malade, qui s'étendait, il y a six mois, depuis le coude jusqu'au poignet, sur tout l'avant-bras qu'il entourait comme d'un manchon a diminué de plus de moitié, comme on peut en juger par la photogra-

phie que nous avons fait reproduire, et n'a plus cet aspect surélevé et brunâtre, présentant des érosions d'où s'écoulait un liquide séro-sanguinolent.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu recueillir qu'une observation de lupus infantile traité de la sorte, car le résultat d'un seul cas ne permet guère d'affirmer l'efficacité d'un traitement ; mais nous ne croyons pas trop nous avancer en augurant bien de sa supériorité, et cela d'autant plus volontiers qu'il échappe à toutes les critiques formulées contre les méthodes citées plus haut.

CONCLUSIONS

1° Le lupus est la tuberculose cutanée la plus fréquente chez l'enfant. Il apparaît surtout chez les enfants de 2 à 15 ans, et est deux fois plus fréquent chez les filles que chez les garçons.

2° L'inoculation peut être exogène ou endogène.

3° La lésion est constituée par des nodules, en tous points semblables aux nodules tuberculeux, enchâssés dans le derme et recouverts par l'épiderme.

4° Il se présente sous des formes très diverses, que l'on peut cependant diviser en lupus plan, lupus élevé, lupus éléphantiasique, qui peuvent être ulcérés ou non ulcérés.

5° L'évolution est très lente ; la guérison est rare, et il y a souvent récidive. Les complications les plus fréquentes sont : l'éléphantiasis, les adénites, la tuberculose pulmonaire et viscérale.

6° Par son évolution lente, sa plaque tantôt non saillante et à contours circinés, tantôt formant une véritable saillie, il est d'un diagnostic facile.

7° Le traitement général devra être celui de la tuberculose. Le traitement local comprend de nombreuses méthodes : méthode destructive (ablation, râclage, scarification, cautérisa-

tion, caustiques chimiques), et méthode sclérogène (antiseptiques, agents physiques).

Le traitement préconisé par notre maître, M. le professeur Paumel, consiste en bains sulfureux tous les deux jours, et pansements humides quotidiens à la liqueur de Van-Swieten.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 novembre 1904.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 18 novembre 1904
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

BAUMEL. — Maladies des enfants, 1893.
— Maladies des enfants (nouvelle édition), 1904.
BAZIN. — Leçons sur la scrofule.
BESNIER. — Articles sur le lupus (Annales de dermatologie, 1880-85).
BROCQ. — Traitement des maladies de la peau.
BROCQ ET JACQUET. — Dermatologie.
BROUSSE. — Traitement du lupus tuberculeux (Montpellier médical, juillet 1904).
CHONT. — Du lupus tuberculeux et de son traitement. (Thèse Paris. 1892.)
DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau.
DUBREUILH. — Traité des maladies de l'enfance.
— Précis de dermatologie.
DU CASTEL. — Tuberculoses cutanées (Union médicale, 1892).
GRANCHER, COMBY ET MARFAN. — Traité des maladies de l'enfance (1858).
GAUCHER. — Traité des maladies de la peau.
HALLOPEAU ET LEREDDE. — Dermatologie.
HARDY. — Leçons sur les maladies de la peau.
KAPOSI. — Pathologie et traitement des maladies de la peau.
LELOIR. — Progrès médical, 1884.
— Annales de dermatologie, 1884-86-90.
LARROQUE. — De l'anatomie et de la signification pathologique du lupus (Thèse Lyon, 1880).
NEUMANN. — Leihbuch der Hautkrankleiten (Wien, 1873).
RENOUARD. — Du lupus et de ses rapports avec la tuberculose et la scrofule (Thèse Paris, 1884).
THEVENET. — Sur la nature du lupus ulcéreux (Thèse Lyon, 1892).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !